



Résultats de la consultation
sur le projet du 27.11.2006 de
guide „Planification de la psychiatrie“
du groupe de travail „Planification hospitalière“ de la CDS
(Version complète)

Conception et buts du guide

Les trois buts du guide sont explicitement salués dans une très large majorité des prises de position. L'OFSP fait toutefois remarquer que des éléments importants pour la planification dans les cantons sont certes présents, mais que le guide n'a pas été „spécifiquement conçu pour la planification hospitalière résidentielle exigée par la LAMal“ et qu'il ne peut ainsi faire office de référence pour l'exécution des articles concernés de la LAMal.

Un unique canton ne voit pas de bases légales pour pouvoir faire des recommandations également dans le domaine ambulatoire (la LAMal se limitant au domaine résidentiel en matière de planification hospitalière).

Une large majorité des répondants accepte (explicitement ou implicitement) le cadre du projet de guide. Mais deux répondants ont émis de larges critiques: „Le guide est insuffisamment approfondi, il généralise, ne donne pas une vue suffisante des solutions qui existent dans les cantons (quels cantons font quoi et quelles expériences en retirent-ils ?), il est très ponctuel dans sa présentation des modèles et planifications dans les cantons (pourquoi pas une vue d'ensemble sur tous les cantons, y compris les concepts sur les soins psychiatriques ?), ne relie pas assez les modèles présentés avec le statut actuel de la planification dans les cantons, etc. Pour réellement acquérir de l'importance dans la pratique, le guide devrait être étayé de façon sensiblement plus large et plus approfondie.“

Il a été observé dans un autre préavis que „le guide n'est pas satisfaisant sur le plan formel et ne peut donc remplir que de façon incomplète sa fonction d'aide dans l'élaboration de la planification psychiatrique cantonale. Les énoncés sont en partie insuffisamment approfondis et démontrés. À côté d'une bibliographie détaillée, une vue d'ensemble des planifications et concepts psychiatriques cantonaux serait souhaitable.“

La remarque suivante envisage ensuite une dimension qui remet en question la conception générale même du guide: „Le guide mélange indications méthodologiques et prescriptions relatives au contenu. Le fait qu'il donne des prescriptions relatives au contenu, bien qu'il souligne constamment que l'évaluation et l'apprentissage commun doivent avoir la priorité, rend ces indications méthodologiques sur l'apprentissage commun moins cré-

dibles.“ Et plus frappant encore à la fin des réponses à la consultation: „Alors que le guide veut faire un grand pas en avant dans la direction de la différenciation (davantage d'évaluation, apprentissage commun, etc.), il entrave précisément ce mouvement parce qu'il prescrit trop. Un guide pour un processus d'apprentissage devrait être ouvert précisément sur ce point et surtout davantage accessible à la différenciation: tous les patients ne sont pas mieux pris en charge en ambulatoire, tous les patients ne veulent ou ne peuvent pas être traités près de chez eux et quitter ensuite rapidement la clinique. Apprendre signifierait ici savoir encore beaucoup mieux quels groupes de patients ont besoin de quelles interventions pour recouvrer plus rapidement la santé.“

Normes quantitatives dans le guide

Presque toutes les prises de position des fournisseurs de prestations s'interrogent sur les valeurs numériques présentées dans le projet de guide. C'est particulièrement le cas concernant les quatre lits pour 10'000 habitants envisagés à long terme (10-12 ans). L'observation suivante se situait encore à un niveau offrant une marge de manœuvre: „Le chiffre avancé comme objectif, à moyen terme, de 4 lits pour 10'000 habitants semble réaliste dans une région bien dotée, alors qu'il pourra apparaître largement insuffisant dans un secteur ou une région sous-dotée. Ce chiffre ne devrait avoir qu'une valeur indicative. On ne connaît actuellement pas précisément la répartition des lits entre psychiatrie générale pour adultes, psychiatrie pour la personne âgée ou pour d'autres groupes spécifiques, tels qu'enfants et adolescents ou patients souffrant d'abus de substances par exemple.“

Il est souvent mentionné que les groupes de patients auxquels est destiné le petit nombre de lits ne sont pas clairement définis. Seule la psychiatrie aiguë pour adultes est-elle visée? Les lits pour la réadaptation et pour les patients de longue durée sont-ils également inclus dans ce nombre?

Par ailleurs, il n'est pas possible de suivre la démonstration conduisant à cette prescription normative. Et le recours à des informations d'autres pays est problématique: „Les comparaisons avec d'autres pays (européens) sont d'une utilité limitée dans la mesure où des groupes de patients différents peuvent être pris en compte dans ces études, et aussi parce qu'une partie des lits actuellement disponibles sont encore considérés comme des lits de longue durée.“

Dans le but de couvrir pleinement le domaine d'études, il a occasionnellement été proposé d'utiliser la notion de „place“ dans la conception de base au lieu de se focaliser sur les lits – et ainsi d'y inclure également les interventions de crise, les cliniques de jour et les places dans des foyers (éventuellement aussi les places/lits dans les établissements pour handicapés psychiques subventionnés par l'OFAS).

L'ampleur de la substitution présumée des séjours en clinique par des structures ambulatoires disponibles (relativement) vastes a été remise en question par certains répondants. A cet égard, il a souvent été mentionné que les groupes de patients inclus dans le calcul n'ont pas été décrits assez clairement.

Seule une minorité s'est exprimée sur la redistribution visée à long terme des moyens cantonaux (page 19 du projet: 1^{er} paragraphe sous 4.1.2.). Les personnes qui saluent ce but et celles qui le rejettent sont à peu près aussi nombreuses.

L'idée que 90% des habitants d'un canton devraient pouvoir accéder à des prestations psychiatriques en une demi-heure avec les transports publics n'a pas été traitée uniquement par le canton le plus étendu.

Autant de traitements hospitaliers que nécessaire, autant de traitements ambulatoires que possible?

Certains répondants ont trouvé que le projet de guide favorise la prise en charge ambulatoire (par rapport aux prestations hospitalières) et s'en félicitent également. (Pro Mente Sana écrit que cela est incompréhensible car la fermeture de cliniques psychiatriques n'est pas envisagée.)

Mais un tout autre niveau de planification est aussi envisagé ici, en particulier par des fournisseurs de prestations: „La question ne se pose aujourd'hui donc plus de choisir entre traitement ambulatoire et traitement hospitalier mais plutôt de savoir quelle offre est indiquée pour le patient en raison de sa maladie et du degré de gravité de celle-ci.“ Il conviendrait à cet égard – comme quelques répondants le font remarquer (des cantons aussi, quand la prise de position s'appuie sur des propositions de médecins chefs) – d'avoir à l'esprit qu'un manque de lits présenterait des désavantages pour certains patients (et leur proches!).

Problèmes de financement

En relation avec le développement de structures complémentaires (en partie nouvelles), des réserves de nature financière ont souvent été émises. Des fournisseurs de prestations et quelques cantons rappellent qu'il y aurait au moins temporairement davantage de coûts pendant la phase des changements, vu que l'existant continuerait à exister à côté du nouveau jusqu'à ce que les nouveaux processus soient établis auprès de toutes les personnes concernées. A cela s'ajoute que la plus grande efficacité du traitement semi-hospitalier et ambulatoire ne serait pas encore démontrée.

Il a été observé en guise de point de repère général dans une prise de position cantonale: „Une forme de financement est nécessaire qui satisfasse à la flexibilisation des mo-

dalités et des lieux de traitements ainsi qu'aux programmes modèles postulés et qui les soutienne." Différentes personnes ont critiqué le fait que le guide ne s'exprime pas de manière substantielle sur le financement.

Concernant le statu quo, il a entre autres été indiqué ce qui suit: „Le lieu de traitement n'est probablement pas si important pour les patients, ce qui leur importe, c'est d'être bien traités. De plus, il n'existe aujourd'hui dans la pratique guère de marge de manœuvre pour un financement de soins ambulatoires, semi-hospitaliers ou à domicile supplémentaires par les assureurs-maladie." Et: „Aujourd'hui, le choix du traitement repose très souvent sur des motifs tarifaires et non pas professionnels."

Spécialisation dans la psychiatrie et défis qui y sont liés

Ce sont en premier lieu les fournisseurs de prestations qui ont déploré un manque d'attention porté à la spécialisation des offres psychiatriques. Comme dans la médecine somatique, une forte spécialisation a eu lieu dans un passé récent (dans une réponse, le parallèle a été tiré avec la médecine de pointe). Cet état de fait exige souvent une coordination intercantonale (aussi lors du règlement de problèmes d'ordre financier) – une demande dont la CDS doit se préoccuper.

Il a d'autre part plus d'une fois été fait référence à la fourniture intégrée de prestations. Il s'agit là en premier lieu que les patients rencontrent (autant que possible) toujours les mêmes thérapeutes. Mais la réalité de la spécialisation entraîne ensuite assez souvent que le groupe des thérapeutes doit être modifié. On peut aussi rencontrer la même situation lorsqu'une offre semi-hospitalière et ambulatoire fortement différenciée existe (plus les offres sont variées, plus grande est la probabilité de rencontrer de nouveaux thérapeutes).

En relation avec la spécialisation, il a deux fois été rapporté qu'une clinique avec des offres de traitement différenciées doit avoir „une taille minimum dans le domaine de plus de 200 lits. Dominante aujourd'hui, la recherche psychiatrique orientée vers la biologie exige aussi une taille hospitalière minimum et l'accès à des installations techniques coûteuses."

Autres remarques retenues

Dans une vue d'ensemble, la bonne centaine de pages de réponses à la consultation ne peut être rendue que partiellement dans la richesse et la diversité de ses contenus. Ci-après sont listées pour elles-mêmes quelques remarques à bien prendre en compte dans un traitement complémentaire du guide:

- La remarque suivante vise un travail conceptuel partiellement différent: dans une première étape, doit figurer au premier plan une enquête sur les besoins de prise en charge des personnes concernées et non pas les questions financières.
- Il est plus d'une fois souhaité qu'une importance plus grande soit accordée à la planification de la recherche épidémiologique que celle donnée dans le projet de guide (page 21).
- Il a été mentionné plusieurs fois que la prise en compte des besoins en formation et en formation continue de plusieurs groupes de personnes actives dans les soins psychiatriques doit impérativement figurer dans un guide.
- Différentes recommandations vont dans le sens d'un traitement plus intensif des informations statistiques. Une fonction importante reviendrait en la matière à la CDS (personne n'a mentionné ici l'Observatoire suisse de la Santé et/ou l'OFS). Un canton a insisté pour que les statistiques médicales existantes des cantons soient exploitées et commentées de manière centralisée.
- Seule l'ASI a fait remarquer que les services d'aide et de soins à domicile ont un domaine de tâches considérable à traiter (après que l'Association a œuvré longtemps pour le financement de ces prestations).

Remarques ne devant pas être explorées plus avant

(non qu'elles ne soient pas importantes, mais parce qu'elles sortent du cadre d'un guide)

- Des services somatiques et psychiatriques mêlés dans un hôpital d'urgence sont plus pressants que des services psychiatriques dans des hôpitaux somatiques d'urgence.
- Des représentants de l'AI (de l'OFAS) devraient être intégrés aux travaux futurs étant donné l'importance de l'évolution de l'assurance-invalidité.
- Les psychologues doivent être largement intégrés dans les soins psychiatriques.
- Le guide est trop fortement orienté vers la psychiatrie et les soins psychiatriques „au sens classique“.
- Managed Care n'est pas approprié parmi les fournitures de prestations psychiatriques. La psychiatrie relèverait plutôt de la médecine de premier recours.
- La planification doit inclure des défis socio-psychiatriques marquants comme la pauvreté, le chômage, les problèmes de logement, mais aussi les conséquences de la stigmatisation.
- Les expertises judiciaires dans le cadre „for profit“ seraient combattues.
- Il faut attribuer – également dans le cadre d'une planification – une place majeure aux droits des patients.

- Quelques prises de positions ont souhaité des présentations détaillées en matière de gériatrie-psychiatrie et/ou de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.
- etc.

Ce qui nous a manqué dans les réponses

L'exploitation d'une consultation devrait également chercher ce qui n'a pas été thématiqué par les répondants ou ce qui l'a été tout au plus marginalement (il ne s'agit pas de chercher seulement des „issues“, mais aussi ce que les répondants ne mettent pas à l'ordre du jour).

- Le problème posé par le fait que des médecins (généralistes et internistes) prennent en charge des patients plus gravement malades que ne le font des psychiatres établis n'a jamais été évoqué. Rien n'a de plus été écrit sur la manière d'optimiser la coordination (on ne trouve qu'une remarque sur des offres complémentaires de formation continue).
- Le postulat de l'„apprentissage commun“ a été traité tout au plus marginalement. Pour les prestations spécialisées, il a été signalé que les cantons devraient travailler ensemble au-delà de leurs frontières. On cherche cependant en vain des présentations de contenus pour l'apprentissage commun.
- On a trouvé une seule remarque concernant les travaux d'évaluation nécessaires: il a été déploré que la capacité dans ce domaine en Suisse est encore peu développée.
- Il est indiqué dans un seul préavis qu'un programme modèle pourrait être proposé en plus des trois esquissés en annexe.
- Les fournisseurs de prestations ont unanimement demandé d'être inclus dans les travaux futurs. Il n'a pas été précisé comment cela devrait se produire (dans un acte fondamentalement souverain).
- Les relations avec d'autres domaines ont été assez peu abordées. De telles interfaces existent clairement avec les EMS, le domaine du conseil éducatif ainsi que dans des groupes sociaux (relativement diversifiés) potentiellement à problèmes (p. ex. les jeunes chômeurs dans des familles d'immigrants).